FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

— Année 1938 —

41

THÈSE

présentée pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

par

WITZ Raymond, Jean, Joseph

né à GUÉMAR (Haut-Rhin), le 13 Février 1912.

CONTRIBUTION à L'ÉTUDE DES ENDOMÉTRIOMES

Président : M. STOLZ, Professeur

— 1938 —

IMPRIMERIE « ALSATIA » S. A. SÉLESTAT

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548002_0070

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

— Année 1938 —

41

THÈSE

présentée pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

par

WITZ Raymond, Jean, Joseph

né à GUÉMAR (Haut-Rhin), le 13 Février 1912.

CONTRIBUTION à L'ÉTUDE DES ENDOMÉTRIOMES

Président : M. STOLZ, Professeur

— 1938 —

IMPRIMERIE « ALSATIA » S. A. SÉLESTAT

Serment d'Hippocrate.

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Etre suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

Doyen	MM.	FORSTER ✻ ✪ I.
Assesseur		SCHAEFFER ✻ ✪ I.

Professeurs :

Embryologie	MM.	ANCEL ✻ ✪ I.
Anatomie		FORSTER ✻ ✪ I.
Histologie		BOUIN O. ✻ ✪ I.
Physiologie		SCHAEFFER ✻ ✪ I.
Physique biologique		VLES ✻ ✪ I.
Chimie biologique		NICLOUX ✻ ✪ I.
Anatomie pathologique		MASSON ✻ ✪ I.
Phamacologie, Médecine expérimentale		SCHWARTZ ✻ ✪ I.
Hygiène, Bactériologie		OBERLING ✻ ✪ A.
Médecine légale		SIMONIN ✻ ✪ A.
Clinique médicale		MERKLEN ✻ ✪ I. AMBARD ✻ ✪ I.
Clinique chirurgicale		LERICHE O ✻ ✪ I. STOLZ ✻ ✪ I
Clinique ophtalmologique		REDSLOB ✻ ✪ I.
Clinique dermatologique		PAUTRIER O ✻ ✪ I.
Clinique psychiatrique		PFERSDORFF ✻ ✪ I.
Clinique neurologique		BARRÉ ✻ ✪ I.
Clinique gynécologique et accouchements		REEB ✪ I
Clinique infantile		ROHMER ✻ ✪ I.
Clinique oto-rhino-laryngologique		CANUYT ✻ ✪ I.
Hydrologie thérapeutique et climatologie		VAUCHER ✻ ✪ I.

Professeurs sans chaire :

MM. ARON Max ✻ ✪ I.
BELLOCQ ✪ I.
GÉRY ✪ I.

Chargés des cours et Agréges

MM. BENOIT ✪ I
FONTAINE ✪ A.
GELMA ✻ ✪ I.
GUNSETT O ✻ ✪ I.
HANNS O. ✻ ✪ I.
HUMBERT ✻ ✪ A.
KAYSER ✪ A.
KELLER ✪ I.

MM KREIS ✪ A.
LE GUYON
REISS ✪ A.
THIVOLLE ✪ A.
WAITZ ✪ A.
WEISS A. ✻ ✪ A
WOLF ✪ A.

Agrégé libre : M. SIMON ✻ ✪ A.

Directeur de la Clinique dentaire : M. ROMEY O. ✻ ✪ A

Chargé d'un cours complémentaire :

MM. MEYER M. ✪ A.
RŒDERER ✪ I.

Professeurs Honoraires :

MM. WEILL ✻ ✪ I.
CHAVIGNY C. ✻ ✪ I.

A la Mémoire de ma Mère

regrettée et bien-aimée

enlevée si prématurément à notre affection.

Je dédie ce travail :

A mon Père

Qui m'a toujours donné l'exemple du travail et du dévouement, en témoignage de profonde reconnaissance et d'affection filiale.

A ma Fiancée

En témoignage de très grande affection et d'attachement indéfectible.

A mes Sœurs

En remerciement pour tout ce qu'elles ont fait pour moi.

A mon Beau-Frère

En signe d'affectueuse amitié.

A mes Futurs Beaux-Parents

Hommage affectueux et reconnaissant.

A tous mes Parents et Amis.

A mon Président de Thèse

Monsieur le Professeur Stolz,
Directeur de la Clinique Chirurgicale B

Qui a bien voulu nous faire le très grand honneur d'accepter la présidence de cette Thèse. Hommage respectueux.

A Monsieur le Professeur agrégé Weiss

Qui nous a inspiré le sujet de ce travail; qu'il soit assuré de notre reconnaissance pour la grande bienveillance qu'il nous a montré en nous guidant dans la réalisation de notre Thése.

Aux Membres de mon Jury

A mes Maîtres
de la Faculté de Médecine de Strasbourg.

A Monsieur le Docteur Muller

Médecin - Chef du Service de Gynécologie et d'Obstétrique de l'Hôpital du Hasenrain de Mulhouse.

Nous voudrions qu'il trouve ici l'expression de notre respectueuse gratitude pour la grande part qu'il a prise dans notre formation médicale.

A Monsieur le Docteur Heitzmann

Médecin-Chef des Sanatoria Privés d'Aubure

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre profonde reconnaissance pour tout le zèle qu'il a mis dans notre éducation médicale.

A Monsieur le Docteur Bur

Médecin - Chef et Chirurgien de l'Hôpital de Sélestat

Pour le remercier des bons conseils qu'il a bien voulu nous prodiguer durant notre séjour à son Service.

CONTRIBUTION à L'ETUDE DES ENDOMETRIOMES

INTRODUCTION.

Les tumeurs désignées sous le nom **d'endométriomes** sont connues depuis assez longtemps en France grâce aux travaux d'Oberling, Michon, Comte, Violet, Bazy, Jayle, etc. . .

Elles occupent parmi les diverses affections néoplasiques une place toute spéciale par suite des problèmes d'histogénèse et de pathologie générale qu'elles soulèvent.

Le problème de l'endométriome est toujours actuel: pendant les dix ou quinze dernières années toute une série de travaux a été publiée dans lesquels les différentes questions qui se posent au sujet de ces tumeurs ont été étudiées grâce aux méthodes d'investigation cliniques, anatomiques et expérimentales.

On comprendra l'importance pratique des endométriomes si l'on considère le nombre des cas publiés, et l'intérêt théorique qui ressort des travaux effectués ces dernières années sur leur pathogénie et leur aspect anatomo-pathologique.

On a longtemps cru que ces tumeurs étaient très rares, (alors qu'en réalité elles sont fréquentes), parce qu'on ne les a pas reconnues et qu'on les a confondues avec d'autres néoplasmes.

Ce sont surtout les questions d'ordre biologique général et le problème de la pathogénie qui ont conféré à ces tumeurs un très grand intérêt.

Si l'on ne considère que leur aspect histologique, ce sont des tumeurs bénignes, constituées par une muqueuse du type utérin et douées d'un grand pouvoir d'infiltration par essaimage, peut-être même par greffe, par voie lymphatique et veineuse. Rarement elles se transforment en épithélioma.

Ce sont des tumeurs dont la croissance serait intimement liée au fonctionnement d'une glande endocrine: sans ovaire l'endométriome ne pourrait exister. Tumeurs de la période sexuelle de la femme, elles suivent en général toutes les phases du cycle oestrien, comme la muqueuse utérine, et disparaissent au moment de la ménopause.

L'endométriome peut se définir comme une néoplasie d'un tissu organoïde dont le substratum est la cellule endométriale.

HISTORIQUE.

Les endométriomes étaient fort peu connus avant les travaux de von Recklinghausen. Ce furent les premières publications de cet auteur en 1893 puis en 1896, qui montrèrent l'individualité de ces tumeurs.

Dès lors, de très nombreux travaux fixèrent vite les caractères des adénomyomes utérins: tumeurs bénignes composées d'une muqueuse de type utérin et de tissu myomateux. La muqueuse de la tumeur possède les mêmes caractères anatomiques et histophysiologiques que la muqueuse utérine; c'est l'élément fondamental, aussi elle mérite bien le nom d'endométriome, que les auteurs modernes lui donnent après tant d'autres comme : Adénomyome, Solénome, etc. . . .

Dans sa thèse sur les adénomyomes de l'utérus, Louis en 1908 étudiant le pronostic des adénomyomes, écrit: «A côté des cas où la malignité était évidente, il faut en ranger d'autres qui, malgré leur prolifération et leur envahissement considérable sont regardés par ceux qui les rapportent, comme des cas de tumeurs bénignes, mais laissent cependant encore un certain doute sur leur malignité.»

En 1908 également, Cullen publie une étude très complète de ces tumeurs et fournit des indications très précieuses sur leur nature et leur pathogénie.

La question des endométriomes a fait au cours de ces dernières années l'objet d'un nombre considérable de travaux et publications qui signalent leurs localisations intra et extra-utérines. Pendant longtemps, et celà jusqu'à il y a dix ans, on croyait que ces tumeurs étaient limitées à l'utérus et à la cloison recto-vaginale, alors qu'actuellement on sait qu'on peut les rencontrer dans beaucoup de régions de l'organisme aussi bien en dedans qu'en dehors de la cavité abdominale. Les tumeurs extra-abdominales de cette nature sont rares et ne ressemblent guère aux tumeurs intra-abdominales, qui sont beaucoup plus fréquentes.

Les tumeurs intra-abdominales ont été décrites à maintes occasions et sous diverses localisations; nous les énumérerons d'après l'ordre de fréquence.

Signalons tout d'abord l'endométriome du corps utérin et des cornes,

puis l'endométriome des ligaments ronds (portion intra-péritonéale),

puis l'endométriome des ovaires,

puis l'endométriome du col, des paramètres et du cul-de-sac postérieur,

puis l'endométriome de l'intestin qui comprend à son tour:

l'endométriome du colon sigmoide

« de la partie terminale de l'iléon

« de l'appendice et du caecum.

enfin l'endométriome péritonéal.

Alors que les endométriomes extra-abdominaux se localisent d'après l'ordre de fréquence:

d'abord au niveau des cicatrices de laparatomie,

puis sur la portion extra-péritonéale du ligament rond,

puis dans l'espace recto-vaginal,
enfin au périnée.

Nous nous proposons dans cet exposé d'étudier l'une des localisations les plus rares des endométriomes, à savoir l'endométriome périnéo-anal dont nous exposerons deux cas observés à la Clinique Chirurgicale B de Strasbourg, le premier en 1935, le second en 1937.

Nous ferons précéder notre étude, étant donné la rareté de cette affection, d'une revue de tous les cas d'endométriome périnéo-anal publiés dans la littérature médicale: ils sont d'ailleurs peu nombreux, nous n'avons pu en réunir que cinq, sans compter un cas publié par Schickelé en 1913, et dont parle Robert Meyer de Berlin, et qui n'a pu être retrouvé.

Le premier cas est celui rapporté par **PALMER** de Londres en 1925 chez une femme de 41 ans.

«Elle a eu deux enfants. Lors du premier accouchement, il y a seize ans, elle a eu une déchirure du périnée qui a été de suite suturée. En 1921, elle a dû se soumettre à une hystérectomie sub-totale par suite de métrorragies très abondantes. En Juin 1924, la malade se plaint de «mal de dos, d'hémorragies à la défécation, d'un écoulement vaginal continu, de démangeaisons et de malaises dans la région périnéale qui surviennent par à coups.» Les hémorragies sont survenues chaque jour; on a pensé qu'elles étaient dues à des hémorroïdes. L'examen de la malade a montré un petit kyste au niveau du périnée, un périnée défectueux, mais pas d'hémorroïdes.

Un examen ultérieur au rectoscope n'a pas révélé d'altérations pathologiques du rectum. Durant cet examen, on a remarqué une petite tache de sang au niveau de la peau du périnée provenant d'une fistule bien visible; on a de même palpé sous la peau du périnée un nodule dur, à contours imprécis, dont le diamètre était d'environ 1,5 cm. Celui-ci fut excisé par la suite.

L'examen anatomo-pathologique révéla un «aspect qui ressemble exactement à la muqueuse utérine.»

Le second cas a été rapporté en 1926 par **NEUWEILER (Suisse).**

«Il y a cinq ans, la malade a accouché; il s'en est suivi une déchirure du périnée du deuxième degré qui a été suturée.

Bonne guérison de la suture. Environ une année après, il s'est formé progressivement à la place de l'ancienne plaie une tuméfaction qui n'a tout d'abord pas occasionné trop de douleurs; ce n'est que plus tard que la malade ressentit des douleurs et des démangeaisons qui se manifestaient environ trois jours après les règles. Depuis trois ans environ, la tumeur a, parait-il, gardé le même volume. Il y a un an, la malade a consulté un médecin qui a incisé la tumeur dont il ne se serait écoulé que du sang.

L'examen révéla une tumeur au périnée allant de l'entrée du vagin à l'anus. La tumeur n'a pas tout à fait la taille d'un oeuf de poule; sa consistance est dure, ses limites imprécises. Sa surface est irrégulière, pigmentée; à quelques endroits on peut voir par transparence de petits kystes bleus, à d'autres endroits une sérosité sanguinolente. Pendant les règles, on pouvait

voir s'écouler gouttes à gouttes du sang de quelques petites fistules.

On pensa à un endométriome localisé sur une cicatrice du périnée.

L'examen microscopique montra qu'il s'agissait d'une tumeur hétérotopique endométrioïde.»

Le troisième cas a été décrit en 1932 par Thérèse **PRAGER** (Vienne) chez une femme de 29 ans.

«Huit ans auparavant, elle avait accouché au forceps. Un an après, on a trouvé un nodule près de l'anus, qui par la suite occasionna des douleurs lors des règles et qui grossissait peu à peu pour atteindre la taille d'un oeuf de pigeon.

Ce nodule légèrement sensible était situé dans la région périnéo-anale droite. D'une fistule fine comme un cheveu, il s'écoule une goutte d'un liquide trouble.

Lors de la première opération en Novembre 1928, on tombe sur un grand abcès qui remonte le long du bord droit du rectum; le petit doigt ne peut atteindre le fond de cet abcès. Pas d'examen histologique. Nouvelle crise trois à quatre années après: abcès périanal avec une fine fistule.

A l'admission, la malade dit que la tumeur a continué à croître lentement malgré l'incision de l'abcès effectuée trois ans auparavant; pendant les règles cette tumeur est douloureuse; il y aurait alors également de légères pertes de sang. Un peu au-dessous de la vulve, sur le côté périnéo-anal droit, on constate une tumeur ferme, grosse comme un oeuf de poule.

Nouvelle opération en Juin 1931: incision circulaire autour de la tumeur qu'on extirpe ainsi qu'une fistule qui va jusqu'à la muqueuse du

rectum, en même temps qu'on excise une portion de muqueuse du rectum.

L'examen anatomo - pathologique montra qu'il s'agissait d'un endométriome.»

Le quatrième cas a été décrit en 1935 par **MALIPHANT** (Angleterre) chez une femme de 28 ans.

«Elle se plaignait d'une petite tumeur située entre l'anus et l'entrée du vagin. Elle a deux enfants de sept et dix ans. Depuis la naissance de son deuxième enfant, il y a sept ans, les règles sont irrégulières et accompagnées de pertes très abondantes.

En 1929: colpo-périnéorraphie postérieure.

Deux ans et demi après la colpo-périnéorraphie, la malade avait remarqué une tumeur entre le vagin et l'anus à la place de l'ancienne plaie du périnée.

Tout d'abord la tumeur était petite, mais on observa qu'elle augmentait rapidement de volume, devenait plus molle et plus douloureuse lors des règles. La tumeur commençait à grossir vers le deuxième ou troisième jour, pour atteindre son maximum vers la fin des règles où elle devenait très douloureuse. Alors elle diminuait progressivement et dans l'intervalle des règles elle était presque indolore.

Quand Maliphant a vu la malade, la tumeur avait environ la grosseur d'une cerise; elle était située sur la ligne médiane du périnée, un peu plus près de la commissure postérieure que de l'orifice anal. La masse était sphérique et mesurait deux cm de diamètre. La tumeur était proéminente et adhérente à la peau sus-jacente.

La tumeur fut excisée le 29 Novembre 1932, huit jours après les dernières règles. Elle était

partiellement encapsulée, mais cette capsule était solidement adhérente aux tissus environnants. Le kyste s'est rompu durant l'ablation: il contenait du sang organisé.

L'examen microscopique montra qu'il s'agissait d'un endométriome.

La malade a été revue cinq mois après l'ablation: à ce moment, le périnée était sain et des troubles futurs n'étaient plus à craindre.»

Le cinquième cas fut observé par **MICHOLITSCH** (Allemagne) en 1933 chez une femme de 28 ans qui a accouché quatorze mois auparavant. «D'après les dires de la malade, il s'agissait d'un enfant de quatre kg extrait au forceps; on avait dû faire une épisiotomie qu'on a de suite suturée.

Quelques semaines après l'accouchement, la femme a ressenti dans la cicatrice d'épisiotomie qui n'avait pas complètement guéri, un nodule légèrement douloureux qui fut pris pour une «ligature encapsulée»; ce petit nodule grossissait peu à peu et prit ces derniers temps une coloration bleue noire. La femme était inquiète à cause de cette «verrue noire».

A l'examen, on trouve une cicatrice d'épisiotomie légèrement déficiente, un nodule gros comme une lentille, bleuâtre, légèrement en relief, mobile, immédiatement situé sous la peau.

Opération le 26 Janvier 1932: on fit l'excision de la cicatrice d'épisiotomie et l'extirpation du nodule ainsi que des tissus sains environnants. L'examen anatomo - pathologique montra qu'il s'agissait d'un endométriome.»

OBSERVATIONS PERSONNELLES.

Il s'agit de deux cas d'endométriome périnéo-anal observés à la Clinique Chirurgicale B de Strasbourg et qui font l'objet de notre Thèse.

Première Observation :

Il s'agit d'un cas observé par MM. **A. G. WEISS et H. FOBE** et qui fut présenté par ces deux auteurs à la Société de Gynécologie et d'Obstétrique de Strasbourg à la séance du 6 Juillet 1935.

«La femme dont nous rapportons l'observation est âgée de 33 ans et ne présente rien de spécial dans ses antécédents héréditaires. Règlée depuis l'âge de 13 ans, elle eut toujours des règles régulières d'une durée de huit jours, abondantes et douloureuses. Dans ses antécédents personnels: trois grossesses avec accouchements normaux à terme en 1924, 1926, 1927. Les enfants sont bien portants. Le premier de ces accouchements eut lieu il y a onze ans en présentation de siège et entraina une déchirure partielle du périnée qui fut aussitôt suturée.

La malade reporte à deux ans les premiers symptômes de son affection actuelle. A ce moment, elle constate à gauche de l'anus et à environ un cm de celui-ci, une petite tumeur de la taille d'une noisette, située sous la peau qui à

cet endroit présente une coloration bleuâtre. Il y a un an, la malade remarque qu'à certains moments et plus particulièrement à l'époque des règles, la tumeur devient douloureuse pendant deux à trois jours. Un peu plus tard elle voit au niveau de la tumeur quelques gouttes de sang qui perlent à la peau, après quoi les douleurs, très supportables d'ailleurs, disparaissent. L'entourage de la malade fut frappé au cours de ces derniers mois par son amaigrissement et un état d'excitabilité nerveuse particulièrement marqué. Au cours des quelques mois qui précèdent l'hospitalisation, la tumeur augmente notablement de volume, les douleurs deviennent de plus en plus violentes, voire même intolérables pendant une dizaine de jours après les règles. Elles irradient vers la fosse iliaque gauche et empêchent la malade de marcher et de s'asseoir. Il n'y eut jamais de dyspareunie, de douleurs à la défécation ou de pertes sanglantes par le rectum.

A l'inspection de la région périnéo-anale, on retrouve les traces de l'ancienne périnéorraphie n'allant pas jusqu'à l'anus. A gauche de celui-ci, et à un travers de doigt vers l'espace ischio-rectal, la peau présente une coloration bleuâtre, elle est parcourue par un lacis veineux. Au centre on aperçoit un petit pertuis, vestige d'une fistule cicatrisée ne laissant pas pénétrer l'extrémité de la sonde boutonnée.

La palpation révèle l'existence dans la fosse ischio-rectale d'une tumeur mal délimitée de la taille d'un oeuf de poule, adhérente à la peau. Par le toucher rectal on sent la tumeur légèrement bosselée qui bombe à peine dans la lumière intestinale. La muqueuse rectale est lisse et n'adhère pas à la tumeur.

L'examen gynécologique montre un utérus en antéflexion de taille normale. Le col est fermé. Dans le paramètre droit il existe une bride cicatricielle. La palpation ne révèle rien de particulier du côté des annexes. La malade fut opérée le 5 Janvier 1935.

A l'extirpation, la tumeur se présente comme formée par un paquet de varicosités, remplies d'une substance noire verdâtre comme du vieux sang, de la consistance d'une bouillie épaisse. La tumeur mal délimitée en profondeur ne peut être enlevée que dans sa presque totalité. Suture partielle et drainage. L'examen histologique montre qu'il s'agit d'un endométriome avec réaction inflammatoire.»

Deuxième Observation :

Elle concerne une malade observée par MM. **A. G. WEISS et M. SYNEPHIAS** en 1937 et présentée par ces deux auteurs à la Séance du 9 Janvier 1938 de la Réunion Dermatologique de Strasbourg.

«La malade est âgée de 36 ans et n'a jamais eu d'autres maladies auparavant. Règlée depuis l'âge de treize ans, elle eut toujours des règles régulières d'une durée de quatre à cinq jours et indolores.

Il y a sept ans, elle eut un accouchement au forceps qui provoqua une déchirure du périnée, allant du vagin à l'anus; ce dernier fut légèrement entamé. La plaie fut immédiatement suturée.

Pendant un an, elle ressentit une certaine gêne au niveau de la cicatrice, puis tout rentra dans l'ordre et la malade pendant cinq ans ne présenta rien d'anormal.

La malade reporte à deux ans les premiers symptômes de son affection actuelle. A ce moment apparait au périnée un noyau dur qui atteint rapidement le volume d'une noix. Siègeant à la droite de l'anus, cette tuméfaction se manifeste bientôt par des phénomènes douloureux; ceux-ci consistent en des poussées congestives, douloureuses, qui commencent avec les règles et se terminent trois à quatre jours après elles. Au cours de ces crises douloureuses, la malade constate que la tumeur augmente sensiblement de volume.

Petit à petit, les périodes douloureuses à l'époque des règles deviennent de plus en plus longues, et un an environ après le début de l'affection, la malade se plaint de douleurs qui persistent pendant dix et même quinze jours après chaque menstruation. Ces douleurs sont parfois assez vives pour obliger la malade à s'aliter; elles ne présentent pas d'irradiation spéciale.

Un peu plus tard s'établit, au niveau de la tumeur, une fistule qui, pendant les périodes menstruelles donne issue à un écoulement hémorragique mêlé à du séro-pus. Cet écoulement persiste pendant une dizaine de jours et se tarit avec la cessation des phénomènes douloureux.

A cette époque, la malade consulte un médecin qui procède à un tamponnement après ouverture du trajet fistuleux. La malade quitte la clinique après 17 jours, mais aucune amélioration ne se produit.

Nous voyons la malade pour la première fois au mois de juillet 1937, c'est-à-dire un an et demi environ après le début de la maladie.

Elle nous dit qu'actuellement elle souffre presque continuellement et qu'elle n'a plus que

cinq ou six jours de répit entre les règles. Son entourage fut frappé, au cours de ces dernières semaines, par son amaigrissement et son état de nervosité extrême. Elle se plaint elle-même de suffocations, de bouffées de chaleur, de palpitations, lipothymies et de céphalées persistantes dans la région occipitale.

A l'inspection de la région périnéo-anale, on retrouve les traces de l'ancienne périnéorraphie qui va de la fourchette à l'orifice anal. A droite de celui-ci et à un travers de doigt en avant, vers l'espace ischio-rectal, la peau présente une coloration bleue violacée; elle est parcourue à ce niveau par un lacis veineux. Au centre on aperçoit l'extrémité d'une fistule de un mm. de diamètre qui laisse pénétrer la sonde boutonnée sur une longueur de trois à quatre cm. La palpation révèle dans la fosse ischio-rectale l'existence d'une tuméfaction à contours diffus, de la grosseur d'une mandarine, dont la mobilisation est presque impossible parce qu'elle adhère aux plans profonds et à la peau que l'on ne peut pas plisser sur la tumeur.

Le toucher vaginal montre un appareil génital normal.

La malade est opérée une première fois le 7 Juillet 1937. On ouvre largement le trajet fistuleux ainsi que la région la plus saillante de la tuméfaction. On termine par un tamponnement de la plaie après curettage des tissus enflammés. Un examen histologique montre l'existence d'un tissu inflammatoire. Il est probable que le prélèvement n'a pas intéressé la tumeur proprement dite.

La malade quitte la clinique le 17 août 1937. Elle revient consulter le 17 Novembre 1937 nous disant qu'après une amélioration qui a duré un

mois, elle a recommencé à souffrir comme auparavant.

Deuxième intervention le 19 Novembre 1937. On procède exactement comme à la première intervention, mais cette fois on prélève un fragment en plein centre de la tumeur. Le professeur Géry a eu l'amabilité de faire les coupes histologiques. Elles démontrèrent qu'il s'agissait d'un endométriome typique de la région périnéale (voir les microphotographies).

Ce diagnostic impliquait une extirpation large de la tumeur. Cette intervention fut faite le 3 Décembre 1937 grâce à une incision à peu près identique à celle qu'on utilise pour les amputations du rectum.»

ETUDE ANATOMO - PATHOLOGIQUE.

I) ETUDE MACROSCOPIQUE :

Les endométriomes périnéo-anaux ont un aspect très caractéristique. A la coupe, on voit qu'ils sont formés d'un tissu fibreux plus ou moins dense contenant un assez grand nombre de kystes habituellement peu volumineux. Ces kystes sont souvent très petits et se présentent sous forme de simples ilôts muqueux logés dans du tissu fibreux et parfois à peine visibles à l'oeil nu. Nous avons donc à faire à une «tumeur fibreuse polykystique»; parfois cependant il n'y a qu'un grand kyste, mais ce dernier est doublé de petits kystes microscopiques ou renferme des formations épithéliales dans ses parois. Ces kystes renferment un liquide brun noirâtre: c'est du sang organisé.

Les tumeurs endométriales du périnée se présentent en général comme un nodule du volume d'un petit oeuf. Elles peuvent être mobiles sur les plans environnants, mais le plus souvent, la masse est mal limitée, à contours diffus, et contracte des adhérences plus ou moins fortes avec les tissus voisins. Dans toutes ou presque toutes les observations, on signale ces adhérences qui se font soit aux plans profonds, soit à la peau. Ce caractère «malin» est d'importance.

D'après Michon et Comte, «le caractère de ces tumeurs composées d'éléments histologique-

ment bénins est avant tout leur tendance à l'envahissement des organes avoisinants. Elles n'ont pourtant pas les caractères des néoplasmes malins. En effet, elles évoluent sur place par croissance continue, progressent par dissociation et non par invasion, ne donnent jamais de métastases ni de généralisations à distance.»

II) **ETUDE HISTOLOGIQUE :**

L'endométriome périnéo-anal ne présente pas au point de vue histologique de particularités bien spéciales; il possède les mêmes caractères histologiques que l'endométriome en général.

La tumeur apparait dans son ensemble comme essentiellement formée d'un stroma conjonctif et de fibres musculaires lisses à l'intérieur desquelles se trouvent les formations épithéliales.

I) Les anneaux de **fibres musculaires lisses** sont en tout analogues à ceux de la musculature utérine; le nom d'adénomyome donné autrefois à ces tumeurs découle du fait que jadis on attachait surtout de l'importance aux éléments musculaires. Cependant dans ces tumeurs, c'est l'élément épithélial qui prédomine d'où le terme d'endométriome qui leur a été réservé, le tissu musculaire ne venant qu'au second plan et étant d'ailleurs inconstant. Par suite de l'inconstance de l'élément musculaire lisse, les auteurs ont préféré le terme d'endométriome à celui d'adénomyome.

Dans l'endométriome périnéo-anal, la présence du tissu musculaire lisse est à peu près constante.

2) Les **formations épithéliales** représentent l'élément de beaucoup le plus caractéristique des endométriomes.

Elles se présentent sous forme de canaux et de cavités kystiques assez irrégulières, de dimensions et de contours tantôt larges, rondes ou ovoïdes, tantôt petites à lumière étroite. L'épithélium qui les recouvre est le plus habituellement

FIG. 1. — La figure 1 montre la coupe examinée à un faible grossissement. On y voit l'extrémité d'un trajet fistuleux (a), à l'embouchure duquel se trouve un tissu d'inflammation chronique banale (infiltration leucocytaire, oedème, téléangectasie). Plus à gauche, on voit les formations tubuleuses les plus superficielles de l'endométriome (b).

formé de cellules hautes et cylindriques, possédant ou non un revêtement cilié individualisé et qui sont identiques aux cellules de l'épithélium utérin; d'autres fois, on a à faire à des cellules cubiques ou même franchement basses, pavimenteuses ressemblant beaucoup à un revêtement endothélial. D'après Lelièvre et Montpellier,

«les limites cellulaires sont peu précises, le protoplasma est granuleux,le noyau central est ovoïde Les mitoses doivent être exceptionnellement rares, car on n'en observe que très rarement. De loin en loin, sont inclus dans la partie basale de cet épithélium, des éléments à noyaux ronds, hypochromatiques, à cytoplasme clair, constituant une sorte de halo périnucléaire. Parfois on note

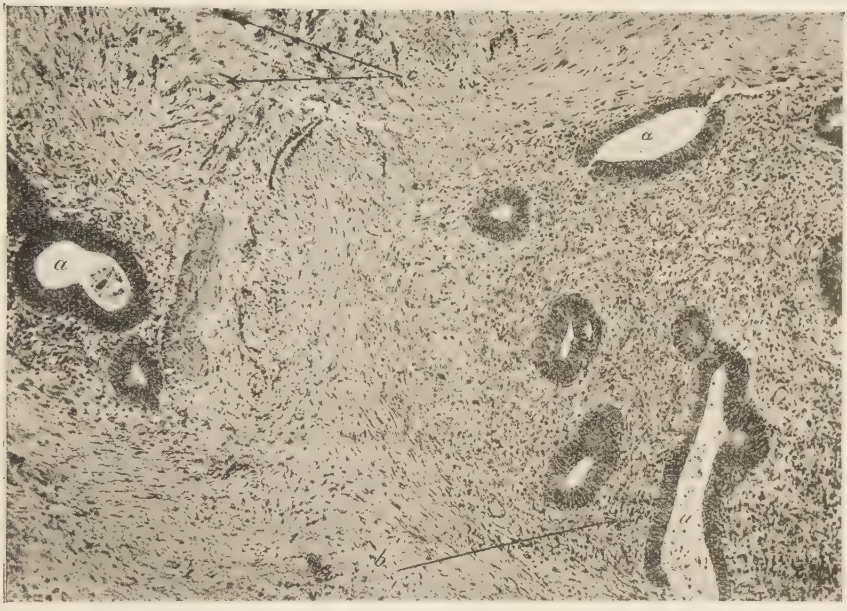

FIG. 2. — La figure 2 représente un des aspects de la tumeur au fort grossissement. On y voit la section des tubes épithéliaux (a) ; la paroi en est formée par une couche de cellules cylindriques hautes présentant un gros noyau basal et parfois des cils vibratiles. Quelques-unes de ces cellules ont deux noyaux. Ces tubes sont entourés par du «tissu cytogène» composé de cellules rondes (b). En dehors du tissu cytogène, la tumeur est composée de petits faisceaux musculaires lisses (c), coupés en tous sens et séparés par des faisceaux de fibres collagènes.

que quelques cellules de ce revêtement offrent un pinceau de cils avec corpuscules basilaires.

Les cavités de ces formations glanduliformes sont soit vides, soit plus ou moins remplies de

débris divers, sorte de magma granuleux, acidophile où on trouve des grains chromatiniens, des noyaux picnotiques, des éléments lympho-conjonctifs migrateurs de même origine que ceux de la partie basale du revêtement épithélial. Le contenu de ces cavités est souvent riche en polynucléaires en voie de cytolyse: on a l'aspect de véritables microkystes dont la bordure a plus ou moins disparu.»

3) **Le tissu cytogène** vient s'interposer entre le stroma musculaire et les cavités épithéliales; ce stroma conjonctif d'aspect spécial est, d'après certains auteurs désigné à tort sous le nom de «tissu cytogène» car il est, en réalité, le même que celui du chorion utérin. C'est un tissu conjonctif jeune constitué d'éléments étoilés, anastomosés «qui s'aplatissent et se disposent en couches concentriques au voisinage même des tubes épithéliaux. Plus en dehors, ces éléments s'espacent, ses mailles s'élargissent. Ces ilôts de formation épithéliale et leurs manchons conjonctifs, plus ou moins épais suivant les points, sont réunis par un stroma assez dense, inégalement fasciculé ou plexiforme, constitué de fibroblastes ou de fibres musculaires lisses.

Un peu partout, on trouve de petits foyers lympho-conjonctifs, les uns péri-kystiques, la plupart péri-vasculaires, réprésentant toujours une infiltration secondaire.» (Grandclaude et Huguenin).

Il nous faut enfin signaler l'existence de pigments sanguins plus ou moins anciens à l'intérieur des cavités.

Le tissu cytogène est un élément à peu près constant de ces tumeurs, mais son abondance est très variable.

Les divers éléments des endométriomes sont complètement analogues à ceux de la muqueuse utérine : au premier contact, on peut affirmer que le tissu endométrial fait songer à un «utérus ectopique».

A la fin de cette étude histologique, nous voudrions avant d'abandonner ce chapitre, encore insister sur quelques caractères histophysiologiques des endométriomes.

Les éléments épithéliaux de l'endométriome réagissent aux différentes manifestations du cycle génital comme la muqueuse utérine. Lors des règles, la femme est porteuse d'une menstruation supplémentaire, nous voulons parler de la «menstruation endométriale» qui se caractérise d'après Michon et Comte «cliniquement par de la dysménorrhée douloureuse et par de l'augmentation de volume, et anatomiquement par une rétention de sang dans les cavités et kystes de la tumeur qui est en somme un véritable hématomètre en miniature.»

Lors de la grossesse, il se fait une réaction déciduale vraie dans le tissu cytogène.

Enfin, la ménopause ou la castration amènent en général la régression de la tumeur: ces deux caractères avaient déjà été observés par Schickelé vers 1920.

«Cette analogie de fonction entre l'utérus et le tissu endométrial est commun à tous les endométriomes utérins, pelviens et extra-pelviens» (Michon et Comte); elle se retrouve chez les endométriomes périnéo-anaux où elle est très frappante.

La réaction menstruelle de ces endométriomes est constante et caractéristique; elle existe en premier lieu chez nos deux malades ;

nous la retrouvons également dans les autres observations, notamment dans celles de Neuweiler, Prager, Maliphant.

Comme nous l'avons déjà dit plus haut, «le caractère de beaucoup le plus frappant de ces tumeurs, composées en somme d'éléments histologiquement bénins, est leur tendance à l'envahissement du tissu périphérique et des organes avoisinants. Elles acquièrent par là une apparence maligne. Or cet envahissement n'est pas ici un caractère de malignité: c'est une pénétration par dissociation et non par invasion. Les éléments endométriaux cheminent dans le tissu conjonctif, suivent ses travées, pénètrent avec lui dans le tissu musculaire, mais sont arrêtés dans leur progression par certains tissus.

Cette conception du caractère envahissant d'une tumeur bénigne peut sembler révolutionnaire. Toutefois il faut remarquer que ces tumeurs ne donnent jamais de métastases, ni de généralisations à distance, ce qui est la véritable caractéristique de la malignité.» (Michon etComte) Les endométriomes périnéo-anaux présentent comme les autres endométriomes, un caractère envahissant, mais, comme eux aussi, ils gardent le caractère de bénignité: même après ablation incomplète, la tumeur cesse en général d'évoluer et disparaît dans la grande majorité des cas, ce qui pour Hans Albrecht est un des arguments les plus forts contre la malignité de ces tumeurs.

ETUDE CLINIQUE.

Comme nous l'avons déjà dit, l'endométriome ne se voit jamais avant la puberté; c'est surtout une affection de la période génitale de la femme. On la rencontre rarement après la ménopause; dans ce cas, il s'agit d'une affection qui a commencé avant cette dernière et qui malgré elle n'a pas régressé.

La symptomatologie de l'endométriome périnéo-anal est en général assez nette.

Quelques temps (ce temps pouvant varier de quelques mois à quelques années) après la suture du périnée, la malade ressent de la gêne au niveau de la cicatrice. Peu à peu, il se constitue au niveau du périnée un nodule gros comme une lentille qui atteint rapidement le volume d'un petit pois, puis d'une noisette, d'une noix, d'un oeuf de pigeon et parfois même d'un oeuf de poule ou d'une mandarine. Cette tuméfaction se signale bientôt par des phénomènes douloureux qui consistent en des poussées congestives, douloureuses, qui commencent avec les règles et se terminent quelques jours après elles. Pendant ces crises la tumeur augmente notablement de volume.

Cette manifestation constitue le symptôme pathognomonique de l'endométriome périnéo-anal, à savoir «la dysménorrhée tumorale et douloureuse extériorisée.» Peu à peu les manifestations

douloureuses lors des règles deviennent plus intenses et plus longues; il peut se faire que les douleurs empêchent la malade de marcher et de s'asseoir et l'obligent parfois même à s'aliter. Son entourage est frappé fréquemment (et en particulier dans nos deux cas) par son amaigrissement et un état de grande irritabilité nerveuse. Quelquefois la malade se plaint de suffocations, bouffées de chaleur, palpitations et céphalées.

A l'inspection de la région périnéo-anale, on retrouve en général les traces de l'ancienne suture. A l'endroit où siège la tumeur, la peau présente une coloration bleue violacée et très souvent elle est parcourue par un lacis veineux bleuâtre. Parfois on voit perler quelques gouttes de sang à la surface de la tumeur: ce sang provient d'une ou de plusieurs petites fistules dont le diamètre varie de celui d'un cheveu à celui d'une petite sonde boutonnée qui peut parfois pénétrer sur une longueur de trois à quatre cm à l'intérieur de la fistule. Cette ou ces fistules donnent issue, lors des règles, à un écoulement hémorragique plus ou moins abondant; parfois cet écoulement continue encore une dizaine de jours après les règles et se tarit dès que les douleurs cessent.

La palpation montre l'existence au niveau de la région périnéo-anale d'une tumeur mal délimitée, de grosseur variable, dont la mobilisation est presque toujours impossible par suite des adhérences aux plans profonds et à la peau qu'elle capitonne, ce qui la fait prendre pour une tumeur maligne.

Le toucher rectal et vaginal montre l'existence d'une tumeur dure, irrégulière, qui peut bomber légèrement dans la lumière intestinale. En général, la tumeur ne présente pas d'adhérences avec le rectum.

PATHOGENIE.

L'étude de la pathogénie de l'endométriome périnéo-anal doit être liée à l'étude de celle de l'endométriome en général et de ses localisations multiples.

Plusieurs théories ont été émises pour expliquer ces tumeurs, mais il n'y en a aucune qui donne entière satisfaction.

D'après Michon et Comte, l'ensemble des théories pathogéniques émises peut se diviser schématiquement en théories congénitales et en théories acquises.

I) THEORIES CONGENITALES.

Ce furent les premières théories auxquelles les auteurs eurent recours pour expliquer les endométriomes; pendant assez longtemps ils considéraient les canaux de Wolff et de Müller comme les points de départ de ces tumeurs.

I) Théorie wolffienne :

C'est la plus ancienne; elle a été soutenue par von RECKLINGHAUSEN pour qui les endométriomes dériveraient des reliquats wolffiens.

Par la suite on a complètement abandonné cette théorie, bien que CHEVASSU de Paris ait cité, en 1910, un cas d'adénomyome inguinal où

l'examen microscopique a montré un vrai glomérule absolument analogue à ceux de l'appareil rénal. L'observation de Chevassu est restée isolée: les auteurs n'ont pas signalé de glomérules vrais dans leurs observations.

Cette théorie a donc perdu de plus en plus de terrain, et, à part quelques cas exceptionnels de localisation au niveau des ligaments ronds, elle est à présent considérée comme inacceptable par la plupart des pathologistes.

2) **Théorie müllerienne :**

KOSSMANN et LETULLE qui soutiennent cette théorie admettent que l'endométriome est dû à une hétérotopie des canaux de Müller.

Mais cette théorie explique difficilement la fréquence des endométriomes à distance des trompes et de l'utérus et le fait qu'on ne les observe qu'à partir de la période sexuelle. Elle est d'ailleurs purement hypothétique.

II) **THEORIES ACQUISES.**

I) **Théorie de l'hétérotopie épithéliale bénigne d'origine inflammatoire :** (soutenue par CULLEN et E. VEISHAUPT.)

D'après ces auteurs, par suite d'une inflammation légère, il se formerait aux dépens de la muqueuse utérine ou du péritoine et de ses reliquats, une métaplasie épithéliale qui donne naissance aux adénomyomes: l'inflammation concèderait un pouvoir infiltrant à l'épithélium . . . C'est ainsi que les tissus infiltrés seraient sujets à un envahissement épithélial bénin. En résumé,

il y aurait d'abord lésion inflammatoire, puis régénération et enfin hétérotopie épithéliale.

Veishaupt applique cette théorie surtout aux adénomyomes du ligament rond et à ceux de l'utérus.

Les différents auteurs qui ont exposé des cas d'endométriomes périnéo-anaux, n'attachent pas une grande importance à cette théorie pour expliquer la pathogénie de ces tumeurs.

2) **Théorie de l'origine muqueuse acquise ou théorie diverticulaire de CULLEN.**

Cette théorie repose sur l'identité de structure entre l'endométriome et la muqueuse utérine: identité de l'épithélium, du tissu cytogène et des propriétés physiologiques (réactions menstruelles communes).

CULLEN en 1908 explique «l'adénome diffus de l'utérus» comme étant dû à l'invasion directe de la paroi utérine par sa muqueuse; il signale à propos de la plupart de ces cas la continuité des glandes utérines avec celles de l'adénomyome utérin.

Cette théorie n'explique pas les adénomyomes de la périphérie de l'utérus et tous ceux du type extra-utérin.

3) **Théorie hormonique (ovarienne) :**

D'après SCHICKELE de Strasbourg, le rôle des hormones serait très important dans la formation des adénomyomes.

Pour ROBINSON, «ce rôle pourrait s'exercer sur tous les épithéliums d'origine coelomique, qu'il s'agisse du péritoine ou de l'épithélium utérin ou tubaire, dérivés tous deux, de l'épithélium

coelomique par l'intermédiaire du canal de Müller.»

Cette théorie repose sur la constatation que les endométriomes régressent partiellement ou totalement par suite de la castration double ou lors de la ménopause, celle-ci étant due à l'arrêt du fonctionnement des ovaires; (Palmer de Londres nous expose, à propos de son cas, la régression très nette de l'endométriome du périnée au moment de la ménopause).

De même Schickelé rapporte un cas tout à fait démonstratif: un endométriome envahissant, récidivant de l'espace recto-vaginal fut guéri par la double castration.

Néanmoins, aucun auteur n'accepte cette théorie pour expliquer la formation de l'endométriome périnéo-anal.

4) **Théorie péritonéale ou séreuse :** (OBERLING)

ou théorie de la métaplasie endométrioïde de l'endothélium péritonéal (R. MEYER.)

D'après OBERLING, «tous les endométriomes extra - utérins se développent dans les régions où le péritoine peut être en cause. La possibilité d'une transformation de l'endothélium péritonéal en épithélium du type utérin est prouvée par des faits d'observation directe. Certainement, nous ne croyons pas que le revêtement péritonéal soit capable par lui-même d'une telle transformation. Les cellules situées au fond des invaginations péritonéales peuvent bien devenir cylindriques, c'est là un fait banal: pour que le caractère organoïde de ces tubes se constitue, il

faut admettre l'intervention d'un facteur spécial, très probablement d'une hormone ovarienne. Ce sont vraisemblablement ces hormones qui, non seulement déterminent la métaplasie endométrioïde, mais qui incitent cet épithélium à la prolifération.»

Chez nos deux malades, la tumeur allait jusque dans la fosse ischio-rectale, elle était donc en contact avec le péritoine, car comme nous avons vu plus haut : «l'endométriome se produit toujours là où il y a du péritoine.»

5) **Théorie des greffes :**

Cette théorie fut émise par SAMPSON (Amérique), A. DONALD (Angleterre), et LAUCHE (Allemagne).

Ces auteurs expliquent la formation des endométriomes par la greffe de débris de muqueuse utérine expulsés avec le sang menstruel, d'une part à travers la trompe et le pavillon tubaire, d'autre part dans le vagin. En effet, dans le cas rapporté par Maliphant de Londres, la malade a eu ses règles le lendemain de la colpo-périnéorraphie, et deux ans après, elle remarqua une tumeur située entre le vagin et l'anus. — L'auteur admet, par conséquent, que la greffe d'un fragment de l'exfoliation menstruelle sur la plaie opératoire, est à l'origine de cet endométriome périnéo-anal.

SAMPSON admet que ces débris de muqueuse utérine, dont beaucoup ont conservé leur vitalité, se comportent comme des greffes. Pour justifier cette théorie, il cite plusieurs faits objectifs et expérimentaux:

1) Chez des malades opérées au moment des règles, on a vu du sang sortir par le pavillon.

2) Lors d'opérations et de laparatomies du domaine gynécologique, Sampson a constaté de petites implantations endométriales qui se présentaient comme de petits kystes répartis à la surface de l'ovaire et du péritoine pelvien.

3) La formation d'endométriomes dans les cicatrices de laparatomie après les opérations ayant ouvert la cavité utérine. (Oberling a fait cette constatation dans 19 cas d'endométriomes développés sur des cicatrices de laparatomie).

4) Cette théorie s'appuie également sur quelques recherches expérimentales que nous allons rapidement exposer.

Sampson et Jacobson ont pu réaliser des endométriomes en greffant, avec succès, des éléments de muqueuse utérine sur le péritoine de la lapine et de la guenon.

Michon et Comte ont, de même, pu réaliser des endométriomes en greffant de la muqueuse utérine sur les ovaires de quelques animaux.

Ces expériences ont encore pu être réalisées par Hasselberg, Hessring, Loeb, etc. . . .

Cette théorie qui repose en somme sur plusieurs faits d'observation objectifs et expérimentaux, est séduisante à première vue, mais les faits sur lesquels elle s'appuie sont critiquables:

1) Le sang menstruel reflue-t-il si fréquemment que le suppose Sampson?

2) Il n'est pas prouvé que les débris menstruels gardent leur vitalité.

3) Pour les endométriomes ombilicaux, par exemple, il est impossible d'expliquer comment les débris menstruels peuvent émigrer jusque dans le derme ombilical.

4) On comprend d'ailleurs difficilement pourquoi la littérature médicale, si féconde dans la publication d'endométriomes, nous rapporte si peu de localisations au périnée, alors que les conditions réalisées pour produire ces transplantations sont si fréquentes et que pareille localisation ne passe guère inaperçue. Maliphant de Londres signale que dans les plaies vaginales et périnéales, il y a fréquemment un certain degré d'infection capable de lutter contre la greffe.

6) **Théorie métastatique:** (SAMPSON, HALBAN).

Aussi, pour expliquer les localisations extrapéritonéales SAMPSON a invoqué la théorie métastatique, c'est-à-dire «le transport par voie lymphatique et veineuse» d'éléments endométriaux.

Sampson a publié quelques coupes histologiques où l'on voit des formations endométriales à l'intérieur des lymphatiques et des veines.

HALBAN de Vienne va beaucoup plus loin : pour lui, ce processus s'appliquerait à toutes les localisations de l'endométriome. Il s'appuie surtout sur la comparaison de ces migrations avec celles que peuvent subir les cellules choriales.

La théorie des greffes et la théorie métastatique qui la complète, apportent une unité de vue dans le problème des endométriomes; elles ont une importance considérable, car elles accordent aux endométriomes la faculté d'envahir lymphatiques et veines, ce qui constitue un caractère de malignité qu'aucun auteur ne leur reconnait.

Michon et Comte opposent aux théories univoques qui doivent expliquer à elles seules toutes les localisations des endométriomes, la conception pluraliste, qui pour chaque localisation de l'endométriome, propose une origine spéciale:

c'est d'ailleurs l'avis de la plupart des auteurs modernes.

Comme nos deux cas d'endométriome du périnée, ainsi que tous les autres recueillis dans la littérature médicale, comportent dans leurs antécédents une plaie: soit une colpo-périnéorraphie, soit une déchirure, soit une épisiotomie, ils pourraient venir à l'appui de la théorie des greffes. Néanmoins cette théorie n'explique pas toutes les localisations des endométriomes. Nous pensons comme Oberling que les adénomyomes utérins proviennent de la muqueuse utérine, alors que les endométriomes extra-génitaux (dont les endométriomes périnéo-anaux) sont d'origine péritonéale. D'ailleurs la théorie de la métaplasie péritonéale parait très acceptable, si l'on se rappelle que chez l'embryon d'un mois et demi, après la division du cloaque par l'éperon périnéal, le cul-de-sac de Douglas descend jusqu'à l'extrémité supérieure du sinus uro-génital, niveau correspondant chez l'adulte à l'extrémité inférieure du vagin, c'est-à-dire à hauteur de l'hymen.

DIAGNOSTIC.

Il se présente tout à fait différemment suivant le degré de l'évolution de ces tumeurs.

La symptomatologie de l'endométriome périnéo-anal est en général assez nette, mais, étant donné la rareté de cette affection on y songe très peu.

Dans les formes de début, si l'on a l'attention attirée vers l'endométriome, les symptômes fonctionnels peuvent mettre sur la voie du diagnostic, mais au point de vue objectif il faudra faire le diagnostic différentiel d'avec quelques affections que nous énumérerons plus loin.

On arrivera parfois à soupçonner la nature de ces tumeurs grâce aux antécédents, à l'existence de la «dysménorrhée douloureuse et tumorale extériorisée», mais ce sont les constatations opératoires, l'examen anatomique et surtout histologique qui confirment le diagnostic.

Le diagnostic différentiel de l'endométriome d'avec les autres tumeurs, siégeant à ce niveau est parfois assez difficile; le signe de la «dysménorrhée douloureuse et tumorale extériorisée» correspondant aux poussées menstruelles permet d'éliminer les autres affections qui peuvent s'observer au niveau de la région périnéo-anale et qui sont:

les kystes sébacés

les fibromes, c'est une affection rare qui, en général, ne donne pas de symptômes fonctionnels à son début et n'est découverte qu'à un stade ultérieur où le volume, la consistance, la mobilité et la limitation de la tumeur semblent devoir faire éliminer le diagnostic d'endométriome.

Le cancer à son début: les limites imprécises de la tumeur, ses adhérences aux tissus avoisinants, son infiltration paraissent être des caractères de malignité; d'ailleurs les cancers de cette région se manifestent par des ganglions au pli de l'aine.

PRONOSTIC.

L'évolution de la maladie est variable, de quelques mois à quelques années, et bénigne: sa dégénérescence cancéreuse, quoique attestée par quelques observations certaines, est très rare. Les signes d'anémie, d'asthénie, d'amaigrissement, l'état de nervosité extrême et parfois l'état de neurasthénie génitale de ces malades sont très fréquents et doivent inciter à une intervention qui améliore parfois très rapidement l'état général.

TRAITEMENT.

Etant donné les troubles fonctionnels qu'occasionnent les endométriomes périnéo-anaux et malgré leur bénignité, une thérapeutique active s'impose dans tous les cas.

Le traitement par les Rayons X et le Radium est en général insuffisant ou même inutile pour la plupart des endométriomes; on ne l'a jamais essayé pour ceux de la région périnéo-anale, mais il est probable que les résultats n'en seraient guère meilleurs.

C'est le traitement chirurgical qui s'impose ici.

Pour les cas vus tout à leur début, une intervention partielle peut être indiquée.

Pour les cas plus avancés, la plupart des opérateurs ne pratiquent que des excisions limitées à la tumeur, dans ces cas et celà le plus souvent, il y a guérison sans récidive; d'autres extirpent non seulement la tumeur, mais également une bonne partie des tissus environnants. Les opérateurs les plus versés dans cette question croient qu'il ne faut pas trop insister dans les formes adhérentes et qu'on peut dans ces cas se contenter de résections incomplètes qui d'ailleurs suffisent le plus souvent.

L'incision est à peu près identique à celle qu'on emploie pour les amputations du rectum ; l'opérateur a toujours grand intérêt à drainer le foyer.

Dans les cas compliqués, on pourrait d'après Sampson se contenter de la castration des ovaires qui favorise toujours la régression des endométriomes et les fait disparaître à la suite de cette ménopause artificielle, car «l'utérus ectopique» régresse après la ménopause comme l'utérus normal: le fait prouve combien cette affection est sous la dépendance de l'hormone ovarienne et pourquoi il ne faut pratiquer que des opérations très limitées et non mutilantes.

CONCLUSION.

1) Nous avons eu l'occasion d'observer au cours de ces dernières années, à la Clinique Chirurgicale B de Strasbourg, deux cas d'endométriome périnéo-anal. Les deux ont donné des résultats opératoires très satisfaisants: on n'a eu à déplorer aucune récidive; les malades revues à plusieurs reprises depuis l'opération sont considérées comme guéries.

2) Cette localisation de l'endométriome est une localisation rare et permet un certain nombre de réflexions concernant la pathogénie de cette affection.

Au cours de cette thèse, nous avons exposé les différentes théories pathogéniques susceptibles d'entrer en considération et, dans les cas qui nous occupent, nous avons penché en faveur de la théorie séro-épithéliale.

Vu :
Le Président de Thèse
STOLZ.

Vu :
Le Doyen
André FORSTER.

Vu et permis d'imprimer
Strasbourg, le 26 septembre 1938.

Le Recteur de l'Académie de Strasbourg
Président du Conseil de l'Université :
J. DRESCH.

BIBLIOGRAPHIE.

T. S. CULLEN: Adenomyoma of the uterus. (1908, Philadelphia: W. B. Saunders and Co).

GOULLIOUD, J. F. MARTIN et L. MICHON : Les endométriomes des cicatrices de laparatomie. (Gyn. et Obst. 17, 106, 1928).

GRANDCLAUDE et HUGUENIN : Tumeurs de l'ovaire partiellement endométrioïdes. (Bull. Assoc. pour l'étude du Cancer 1930).

J. HALBAN: Zur Diagnose der Adenomyosis und der Adenomyome der Gebärmutter. (Zentralblatt für Gynäkologie 57, 961-963, 29. April 1933).

A. HAMANT, L. CORNIL et M. MOSINGER: Les états endométrioïdes; l'endométriose et l'endométriome tubaires.

IWANOFF : Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol., 1898, VII, 295.

V. C. JACOBSON: The autotransplantation of endometrial tissue in the rabbit. (Arch. of. Surg., 1922, V, 281).

KELLER et FOBE : Endométriome intestinal. Résection iléo-caecale; cinq ans plus tard récidive dans une hernie épiploïque. (Gynéc. 36, 17, 23 Janvier 1937).

B. KOSSMANN: Arch. f. Gynäkol., 1897, LIV, 359.

A. LAUCHE : Virchow's Arch. f. path. Anat. u. Phys. 1922, CCLIII, 298.

A. LAUCHE : Kurze Bemerkung zu der Arbeit von J. Bungart: «Zur Frage der endometrioïden Epithelheterotopien und besonders der Entstehung der sogenannten «extraperiotonealen» Wucherungen dieser Art.» (Arch. f. kl. Chirurg., Berlin, 1926, CXXXIX 4, 785).

R. G. MALIPHANT : Endometrial tumours of the perineum with the report of a case. (The Journal of Obstetrics and Gynaecology of the Brit. Emp., October 1933, Vol. 40, No. 6, 957-965).

J. F. MARTIN, L. MICHON et H. PIGEAUD : Endométriome gravidique de la paroi abdominale. (La Presse Médicale No. 28, 8 avril 1933, p. 565).

MASSON : L'endométriose au point de vue chirurgical. (Ann. of. surg., 102, No. 5, Nov. 1935).

R. MEYER : Zur Frage der heterotopen Epithelwucherungen, insbesondere des Peritonealepithels und in den Ovarien. (Virchows Arch. f. path. Anat. u. Physiol., Berlin, 1924, CCL 3, 595).

R. MEYER : Hysteroadenosis metastatica. (Zentralblatt für Gynäk., XLIX, 1925, 2121).

Th. MICHOLITSCH : Seltene Lokalisation einer Endometriose in einer Episiotomienarbe. (Wiener medizinische Wochenschrift No. 26, 24. Juni 1933).

L. MICHON : Production expérimentale de l'adénomyome par autotransplantation de muqueuse utérine sur l'ovaire chez la lapine. (Lyon Chirurgical, tome XXIV, No. 3, Mai-Juin 1927, p. 313).

L. MICHON et H. COMTE : Adénomyomatose génitale à localisations multiples. (Soc. Nat. de Méd. de Lyon, 2 Décembre 1925; Lyon Médical 1926, p. 281).

L. MICHON et H. COMTE : Les adénomyomes de l'espace recto-vaginal. (Journal de Chirurgie, Tome 27, No. 4, Avril 1926, p. 385—434).

L. MICHON et H. COMTE : Les théories pathogéniques de l'adénomyomatose. (Gyn. et Obst. 1926).

L. MICHON et H. COMTE : Les endométriomes ou adénomyomes du ligament rond. (Journal de Chirurgie, Tome 31, No. 2, Février 1928, p. 182—205).

W. NEUWEILER : Beitrag zur Klinik der endometrioïden Wucherungen. (Schweizerische Medizinische Wochenschrift vom 5. Juni 1926, No. 22, 545).

G. W. NICHOLSON : Endometrial tumours of laparatomy scars. (Journ. Obst. and Gynaecol. Brit. Emp., 1926, XXXIII, 620).

Ch. OBERLING : Les Endométriomes. (Annales d'Anatomie Pathologique, Septembre 1924, p. 54).

Ch. OBERLING et P. HICKEL : Le problème de l'Endométriome. (Bull. Assoc. fr. pour l'étude du Cancer 1927, 16, 690).

A. C. PALMER : Endométriomata of Vulva and Perineum. (Proceedings of the Royal Society of Medicine 1925, Vol. XVIII, Section of Obstetrics and Gynaecology, 83—87).

Th. PRAGER : Ein Fall von Endometriose am Damm. (Zentralblatt für Gynäkologie, T. 56, 927—930, 9. April 1932).

F. D. von RECKLINGHAUSEN : Deutsche med. Wochenschr. 1893, 825.

REEB : A propos d'un cas particulier de dysménorrhée chez une jeune fille de 15 ans. Adénofibrome (endométriome) de la région inguinale. (Gynéc. et Obst. 35, 161—167, Mars 1937).

J. A. SAMPSON : Perforating haemorrhagic cysts of the ovary. (Arch. of Surgery, 1921, III, 245).

J. A. SAMPSON : Benign and malignant endometrial implants in the peritoneal cavity and there relation to certain ovarian tumour. (Surgery Gyaec. and Obst., Vol. XXXVIII, facs. 3, p. 287, année 1924).

J. A. SAMPSON : Heterotopic or misplaced endometrial tissue. (Transact. amer. Gynaec. Soc., L. I, p. 228, 1925).

J. A. SAMPSON : Peritoneal endometriose due the menstruel dissemination of endometrial tissue into the peritoneal cavity. (Amer. Journ. of Obst. and Gynaec., Saint-Louis, Octobre 1927, t. XIV, p. 422—469).

SCHICKELE : Les endométriomes du péritoine pelvien, de l'ovaire et du tissu paravaginal. (Bull. et Mém. de la Soc. d'Anatomie, 6° série, Juillet 1923, Vol. XX, p. 601).

C. SEMB : Heterotope Uterusschleimhautähnliche Proliferationen. Acta Obst. et Gynec. Scand., Vol. V, fasc. 2, 1926).

F. SKORPIL: Endométrioma of vagina, vulva and perineum. (Casop. lek cesk. 74, 1153—1157, 25 Octobre 1935).

H. J. STEWART : An endometrial growth in the right labium majus, with a discussion of the origin of this type of tumour. (Surgery Gynaecology and Obstetrics, Vol. XLIV, No. 6, Mai 1927, p. 637—646).

M. E. STULZ : Endométriome dans une cicatrice de laparatomie. (Soc. de Chirurgie, T. LIV, année 1933, p. 400).

VIOLET et MICHON : Les adénomyomes de l'utérus et des ovaires. (Gyn. et Obst. Paris, 1925, XII, 403).

A. G. WEISS et H. FOBE : Endométriome périnéo-anal. (Soc. d'Obst. et de Gyn. de Strasbourg — Séance du 6 Juillet 1933 — Extrait du Bulletin de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris, No. 1, Janv. 36).

A. G. WEISS et M. SYNEPHIAS : A propos d'une localisation rare périnéale de l'endométriome. (Réunion Dermatologique de Strasbourg — Séance du 9 Janvier 1938 — Extrait du Bulletin de la Soc. Franc. de Dermatologie et de Syphiligraphie, No. 2, Févr. 38).